

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติดระยะกลาง(intermediate care)
เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้เสพยาเสพติด มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลบ้านตาก
Development of an Intermediate Care Rehabilitation Program to Enhance the Quality
of Life for Substance Users at the Mini Thanyarak Ward, Ban Tak Hospital

ชงโค พันธุ์เพียร

Chongko Panpian

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม Intermediate Care (IC) สำหรับผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

วิธีการ การศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยใช้การออกแบบแบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลัง (one-group pre-post design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสารเสพติดจำนวน 60 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรม IC เป็นระยะเวลา 6 เดือน ณ โรงพยาบาลบ้านตาก เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย) แบบสอบถามความสามารถทางสังคม (Social Functioning Scale) และแบบสอบถามความพึงพอใจ (CSQ-8) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Repeated Measures ANOVA และการวิเคราะห์การถดถอย

ผลการศึกษา คะแนนความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังสิ้นสุดโปรแกรม ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) สูง ($d = 3.39$ และ 3.67 ตามลำดับ) อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม (Retention Rate) สูงถึง 91.7% และอัตราการกลับไปใช้สารซ้ำ (Relapse Rate) อยู่ที่ 14.5% ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.35 จาก 5) การวิเคราะห์การถดถอยพบว่า อัตราการคงอยู่ในโปรแกรมและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิต

สรุป โปรแกรม Intermediate Care ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลสูงในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสารเสพติด ตลอดจนส่งเสริมการคงอยู่ในโปรแกรมและป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำ ผลการศึกษานี้สนับสนุนการนำโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นไปขยายผลในระบบบริการสุขภาพของไทย

คำสำคัญ Intermediate Care, สารเสพติด, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, คุณภาพชีวิต, ความสามารถทางสังคม, ประเทศไทย

Abstract

Objective To develop and evaluate the effectiveness of an Intermediate Care (IC) program for patients with substance use disorders within the context of community hospitals in Thailand.

Methods This study employed a Research and Development (R&D) approach using a quasi-experimental, one-group pre-posttest design. The sample consisted of 60 patients with substance use disorders who participated in a 6-month IC program at Ban Tak Hospital. Evaluation tools included the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) Thai version, the Social Functioning Scale (SFS), and the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, Repeated Measures ANOVA, and Multiple Linear Regression.

Results Following the completion of the program, participants' social functioning and quality of life scores increased significantly ($p < .001$), with high effect sizes ($d = 3.39$ and 3.67 , respectively). The program achieved a high retention rate of 91.7%, while the relapse rate was only 14.5%. Overall satisfaction was rated at a very high level (Mean = 4.35 out of 5). Predictive analysis revealed that program retention and family support were significant factors in predicting improved outcomes for both social functioning and quality of life.

Conclusion The Intermediate Care program developed for the Thai context is highly effective in enhancing social rehabilitation and improving the quality of life for patients with substance use disorders. Furthermore, it demonstrates success in promoting treatment retention and preventing relapse. These findings provide crucial empirical evidence supporting the expansion of structured, locally-adapted programs within the Thai healthcare system.

Keywords Intermediate Care, Substance Use Disorder, Rehabilitation, Quality of Life, Social Functioning, Thailand



บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) แม้จะมีบริการบำบัดรักษาทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) และผู้ป่วยนอก (Outpatient) แต่บริการดังกล่าวยังมีข้อจำกัด เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การขาดการติดตามต่อเนื่อง และความยากลำบากในการกลับคืนสู่ชุมชน (กรมการแพทย์, 2564) เพื่อเติมช่องว่างนี้ บริการบำบัดรักษาระดับกลาง หรือ Intermediate Care (IC) ได้รับการเสนอให้เป็นโมเดลสำคัญ โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม และการเชื่อมโยงผู้ป่วยกลับสู่สังคม (World Health Organization [WHO], 2010)

จากการศึกษาของ มีนา ชูใจ(2567) เรื่องการประเมินผลโครงการการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยพบว่าการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยจาก 12 เขตบริการสุขภาพ จำนวน 110 แห่ง มีจำนวนเตียงให้บริการทั้งหมด 1,844 เตียง แบ่งเป็น Intermediate care 1,040 เตียง และ Long term care 804 เตียง มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแล ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลแบบ Full time จำนวน 82 คน ใน 68 แห่ง มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในหลายหลักสูตร เช่น หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆ มีผู้ป่วยสะสมรวม 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และผู้ป่วย Long term care จำนวน 340 ราย ผู้ป่วยใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด เมื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับสีเหลือง ความเสี่ยงในการให้บริการที่สำคัญคือการลักลอบออกไปภายนอกสถานที่บำบัด และการทะเลาะวิวาท ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร สถานที่ที่ไม่เหมาะสม งบประมาณไม่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดโครงสร้างการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ให้ชัดเจน มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรประจำ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและต่อเนื่อง กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญในการจัดอบรมบุคลากร ให้มีความรู้ครอบคลุมและมีความเชี่ยวชาญในด้านที่จำเป็นต่อการให้บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระยะกลาง(Intermediate Care) หมายถึง ชุดบริการที่มีโครงสร้างชัดเจน อยู่ระหว่างการดูแลแบบเร่งด่วนและบริการผู้ป่วยนอกระยะยาว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเสื่อมถอย ส่งเสริมการฟื้นตัว และลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลซ้ำ (Shepperd et al., 2021) ในบริบทของการบำบัดสารเสพติด IC ถูกออกแบบมาเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยหลังผ่านการถอนพิษเฉียบพลัน ให้สามารถพัฒนาทักษะชีวิต เสริมสร้างความสามารถทางสังคม และลดความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารซ้ำ (relapse) (Farkas, 2007; Anthony, 1993) อย่างไรก็ตามเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม IC ที่ออกแบบเฉพาะสำหรับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด

มินิธัญญารักษ์บ้านตาก เปิดบริการเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2566 ดำเนินการให้บริการกลุ่มเป้าหมายในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยยาเสพติด ที่มีโรคร่วม ทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตที่ควบคุมอาการได้ประเมินความก้าวร้าวรุนแรง OAS ระดับ 0-1 no Suicidal idal ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) ระดับต่ำ ผู้ป่วยที่ต้องใช้ Methadone maintenance treatment ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมเข้ารับการบำบัด หรือเคยเข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในแล้วไม่ได้ผล มีผู้รับบริการที่คนปี 2566-2568 มีจำนวน108 คน ผลจากการติดตามหลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์พบกลับไปเสพซ้ำ75% รับประทานยาจิตเวชสม่ำเสมอไม่ก่อความรุนแรงในชุมชน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนาโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพสารเสพติดระยะกลาง (intermediate care) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้เสพสารเสพติด มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลบ้านตาก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม Intermediate Care ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติดในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนไทย และ 2) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความสามารถทางสังคม (Social Functioning) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) อัตราการคงอยู่ (Retention) และการกลับไปใช้สารซ้ำ (Relapse) ของผู้เข้าร่วม

สมมติฐานการวิจัย(ถ้ามี)

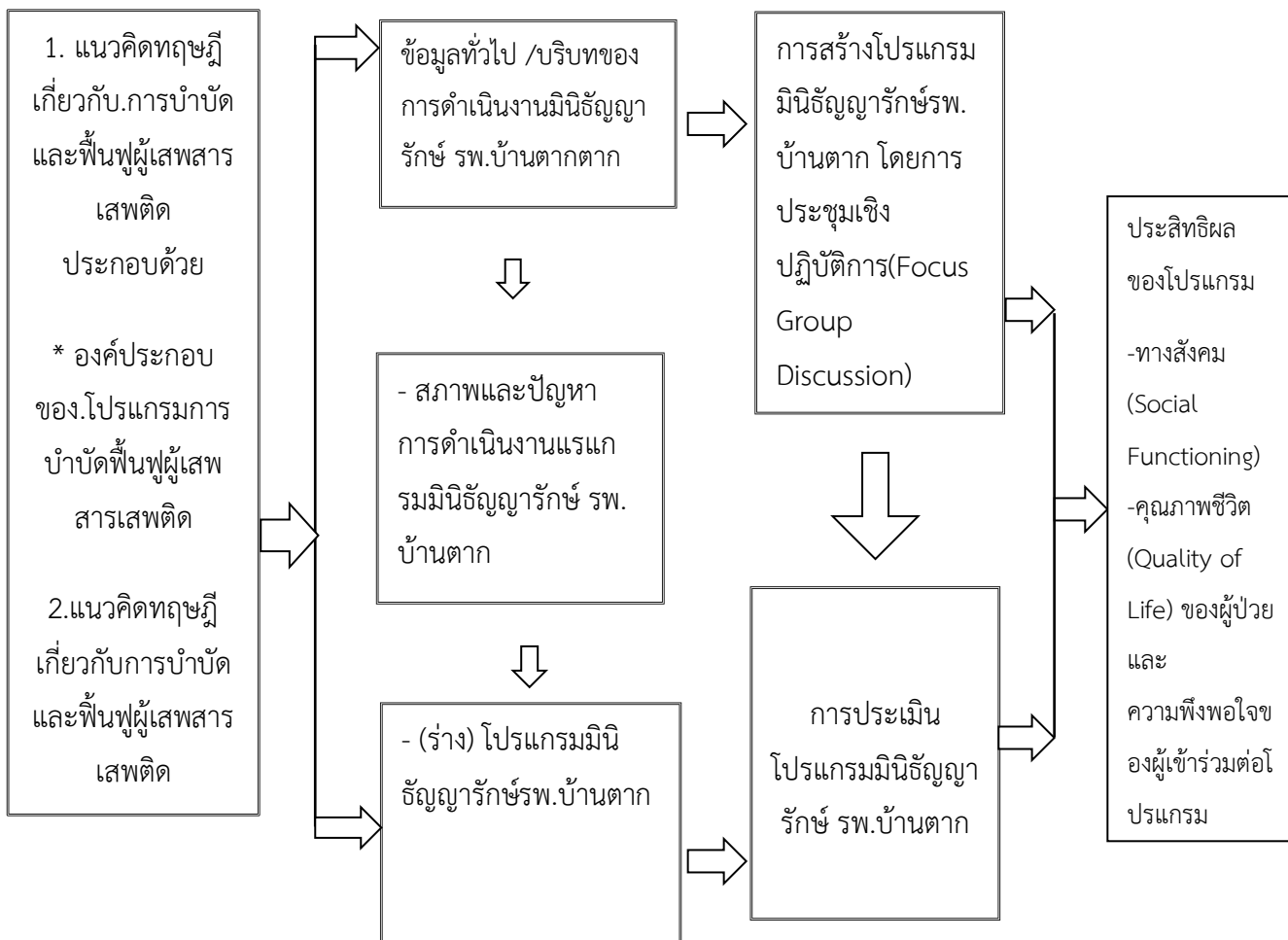
สมมติฐานหลัก (Main Hypothesis)

โปรแกรม Intermediate Care ที่พัฒนาขึ้นจะมีประสิทธิผลในการเพิ่มความสามารถทางสังคม คุณภาพชีวิต และลดอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติด ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาโปรแกรม Intermediate Care สำหรับผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติด
2. พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม Intermediate Care ในมินิธัญญารักษ์ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและชุมชน
3. ทดลองใช้และปรับปรุงโปรแกรมตามผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญและการทดลองนำร่อง (Pilot Study)
4. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความสามารถทางสังคม (Social Functioning) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของผู้ป่วย และประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมต่อโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้ออกแบบแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียว (one-group pre-test/post-test design) เพื่อประเมินผลของโปรแกรม Intermediate Care

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการโปรแกรม Intermediate Care ณ โรงพยาบาลบ้านตาก จำนวน 60 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรสำหรับการทดสอบ Paired t-test ด้วยค่า standardized effect size (d) 0.40 ระดับนัยสำคัญ .05 และพลังการทดสอบ .80 พร้อมเผื่อการหลุดออกร้อยละ 15

เกณฑ์คัดเข้า

- 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด
- 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 3) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมและวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออก

- 1) มีอาการทางจิตเวชรุนแรงที่ยังไม่คงที่
- 2) มีความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรง
- 3) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรม Intermediate Care ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินและวางแผนรายบุคคล 2) การบำบัดกลุ่มด้วยแนวคิด Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และการป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำ (5 ครั้ง/สัปดาห์) 3) การปรึกษารายบุคคลด้วยเทคนิค Motivational Interviewing (MI) (1-2 ครั้ง/เดือน) 4) การฝึกทักษะชีวิต (1 ครั้ง/สัปดาห์) 5) กิจกรรมกลุ่มครอบครัว (2-4 ครั้งตลอดโปรแกรม) และ 6) การจัดการรายกรณีและการเชื่อมโยงชุมชน

เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม (Baseline T0) ระหว่างโปรแกรม (3 เดือน T1) และหลังสิ้นสุดโปรแกรม (6 เดือน T2) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย 2) แบบประเมินความสามารถทางสังคม (Social Functioning Scale: SFS) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจผู้เข้าร่วมโปรแกรม (Client Satisfaction Questionnaire: CSQ-8) รวมทั้งเก็บข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมและประวัติการใช้สาร

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ใช้ Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังโปรแกรม ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์ด้านความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิต โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (80%) อายุเฉลี่ย 34.5 ปี (SD = 8.3) ระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (46.7%) และว่างงาน (41.7%) สาเหตุหลักคือเมทแอมเฟตามีน (86.7%)

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิต

คะแนนความสามารถทางสังคมเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 52.3 (SD = 8.5) ที่ baseline เป็น 78.5 (SD = 6.8) หลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.1 ความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.92, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลสูง ($d = 3.39$) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 46.9 (SD = 6.8) เป็น 70.2 (SD = 5.9) หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.7 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.56, p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลสูง ($d = 3.67$) โดยด้านจิตใจมีค่าการพัฒนาสูงที่สุด (ตั้งรายละเอียดใน ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถทางสังคม (Social Functioning) ณ จุดเวลาต่างๆ (n=60)

จุดเวลา	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วน		ค่าทางสถิติ (t/F)	p-value
		เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ช่วงคะแนน (Min-Max)		
T0 (ก่อนโปรแกรม)	52.3	8.5	35 - 68	-	-
T1 (3 เดือน)	68.7	7.2	52 - 84	$t = 12.45^*$	$< .001$
T2 (6 เดือน)	78.5	6.8	63 - 92	$t = 18.92^*$	$< .001$
การเปรียบเทียบ 3 จุดเวลา	-	-	-	$F = 156.32^*$	$< .001$

*หมายเหตุ: * $p < .001$; การวิเคราะห์ที่ใช้ Paired t-test (T0 vs T1, T0 vs T2) และ Repeated Measures ANOVA (T0, T1, T2); Effect Size (Cohen's d) T0 vs T2 = 3.39*

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ตามมิติต่างๆ ก่อนและหลังโปรแกรม (n=60)

ด้านคุณภาพชีวิต	T0 (ก่อน) ($\bar{x} \pm SD$)	T2 (หลัง) ($\bar{x} \pm SD$)	ค่าทางสถิติ (t)	p-value	Effect Size (d)
สุขภาพกาย	45.2 \pm 7.8	68.3 \pm 6.5	16.85	< .001	3.17
จิตใจ	42.8 \pm 8.2	69.5 \pm 7.1	18.24	< .001	3.46
สัมพันธภาพทางสังคม	48.5 \pm 9.1	72.1 \pm 7.8	15.32	< .001	2.82
สิ่งแวดล้อม	51.3 \pm 7.5	70.8 \pm 6.9	14.67	< .001	2.73
คะแนนรวมทั้งหมด	46.9 \pm 6.8	70.2 \pm 5.9	19.56	< .001	3.67

ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์

จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ พบว่า อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม (Retention Rate) เป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกที่สำคัญที่สุดของทั้งความสามารถทางสังคม ($\beta = .45, p < .001$) และคุณภาพชีวิต ($\beta = .42, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ได้ร้อยละ 52 และ 48 ตามลำดับ ปัจจัยอื่นที่พบว่ามีผลบวกต่อคุณภาพชีวิตคือการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .31, p = .007$) ในขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลลบต่อความสามารถทางสังคม ($\beta = -.23, p = .013$) (ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้วย Multiple Linear Regression

ตัวแปรตามและ ตัวแปรทำนาย	สัมประสิทธิ์ มาตรฐาน (β)	ค่า ความคลาด เคลื่อน มาตรฐาน (SE)	ค่าทางสถิติ (t)	p-value	R ² ของ โมเดล
โมเดลที่ 1					
ความสามารถทางสังคม (Social Functioning)					0.52
- อัตราการคงอยู่ (Retention Rate)	0.45	0.08	5.63	< .001	
- อายุ	-0.23	0.09	-2.56	0.013	
- เพศ (หญิง)*	0.18	0.12	1.50	0.139	
- ระดับการศึกษา	0.15	0.10	1.50	0.139	
โมเดลที่ 2					
คุณภาพชีวิต (Quality of Life)					0.48
- อัตราการคงอยู่ (Retention Rate)	0.42	0.09	4.67	< .001	
- การสนับสนุนจากครอบครัว	0.31	0.11	2.82	0.007	
- อายุ	-0.19	0.10	-1.90	0.062	
- ประเภทสารเสพติด**	-0.12	0.13	-0.92	0.362	

หมายเหตุ: * อ้างอิงกลุ่มเปรียบเทียบกับคือเพศชาย; ** ประเภทสารอ้างอิงคือเมทแอมเฟตามีน; β = Standardized Beta Coefficient

อัตราการคงอยู่ ความพึงพอใจ และการกลับไปใช้สารซ้ำ

อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม (เข้าร่วมกิจกรรม $\geq 80\%$) สูงถึง 91.7% (55 คนจาก 60 คน) คะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้เข้าร่วมต่อโปรแกรมอยู่ที่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.35, SD = 0.55 จากระดับสูงสุด 5) โดยเฉพาะด้านความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ อัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำภายใน 6 เดือนหลังโปรแกรม อยู่ที่ 14.5% (8 คนจาก 55 คนที่เข้าร่วมครบ) (ดังสรุปใน ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 อัตราการคงอยู่ (Retention) การกลับไปใช้สารซ้ำ (Relapse) และความพึงพอใจ (Satisfaction)

ดัชนีชี้วัด	ค่าที่ได้	ร้อยละ/เกณฑ์
จำนวนผู้เริ่มโปรแกรม	60 คน	100%
จำนวนผู้เข้าร่วมครบ 6 เดือน	55 คน	91.7% (Retention Rate)
จำนวนผู้หลุดออก (Dropout)	5 คน	8.3%
จำนวนผู้กลับไปใช้สารซ้ำ (Relapse) ^{***}	8 คน	14.5% (Relapse Rate)
ไม่กลับไปใช้สารซ้ำ	47 คน	85.5%
		ระดับ "มาก" (เกณฑ์:
ความพึงพอใจโดยรวม (CSQ-8)	4.35 (SD = 0.55)	4.21-5.00 = มากที่สุด, 3.41-4.20 = มาก)

*หมายเหตุ: *** Relapse Rate คำนวณ
จากผู้เข้าร่วมครบ 6 เดือน (n=55)*

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม Intermediate Care (IC) สำหรับผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความสามารถทางสังคม คุณภาพชีวิต และรักษาอัตราการคงอยู่ในโปรแกรมได้อย่างโดดเด่น

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความสามารถทางสังคม (Social Functioning)

การพัฒนาความสามารถทางสังคมของผู้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$, $d = 3.39$) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation Theory) ที่เน้นการส่งเสริมบทบาทและหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย (Farkas, 2007; Anthony, 1993) การที่โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การบำบัดกลุ่มที่ใช้เทคนิค CBT การฝึกทักษะชีวิต และการเชื่อมโยงชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนการสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และการแก้ปัญหาในบริบทที่ปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน (Deane et al., 2012) นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของคะแนนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 เดือนถึง 6 เดือน บ่งชี้ว่าการพัฒนา

ทักษะทางสังคมไม่ใช่เพียงการปรับตัวระยะสั้น แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ต้องใช้เวลาและการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโปรแกรมฟื้นฟูที่มีระยะเวลายาวเพียงพอ (Best et al., 2019)

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านจิตใจ (Effect Size สูงสุดที่ 3.46) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ (Psychological Rehabilitation Theory) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจและทักษะการจัดการอารมณ์ (Corrigan & Watson, 2002; Resnick et al., 2005) การใช้ Motivational Interviewing (MI) และ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ในโปรแกรม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ไม่สมเหตุสมผลเกี่ยวกับการเสพติดรับมือกับความเครียดและความอยากได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Carroll, 2014) นอกจากนี้ การที่ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมก็พัฒนาขึ้นด้วย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีลักษณะองค์รวม (Holistic) ที่ครอบคลุมปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และบริบทสิ่งแวดล้อม อันเป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับการฟื้นตัวที่ยั่งยืน (Slade, 2009)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ: อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) และการสนับสนุนจากครอบครัว อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม (91.7%) ในการศึกษาครั้งนี้สูงเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับรายงานในวรรณกรรมที่มักพบอัตราการคงอยู่ประมาณ 40-70% ในโปรแกรมบำบัดผู้เสพติดทั่วไป (Simpson, 2012; Ducharme et al., 2021) การวิเคราะห์การถดถอยยังยืนยันว่า Retention Rate เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของทั้งความสามารถทางสังคม ($\beta = .45$) และคุณภาพชีวิต ($\beta = .42$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการบำบัด (Treatment Process Theory) ที่เสนอว่าการมีส่วนร่วมและระยะเวลาในการบำบัดที่ยาวนานเป็นตัวทำนายหลักของผลลัพธ์ที่ดี (Simpson, 2012) ความสำเร็จด้าน retention ในการศึกษาครั้งนี้นี้อาจอธิบายได้จากปัจจัยหลักสองประการ: 1) การออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่นและตอบสนองความต้องการ (Responsive Design) จากการศึกษาสำรวจ (Pilot Study) โปรแกรมได้ถูกปรับปรุงเพื่อลดความเหนื่อยล้า (เช่น ลดเวลากิจกรรม) และเพิ่มกิจกรรมที่ดึงดูดความสนใจ (เช่น กิจกรรมสนทนา) ซึ่งตรงกับข้อเสนอจากงานวิจัยของ Ducharme และคณะ (2021) ที่พบว่าการปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยสามารถลดการหลุดออกก่อนกำหนดได้ 2) การจัดการอุปสรรคเชิงปฏิบัติ (Logistical Barriers) โปรแกรมนี้ให้บริการฟรีและมีระบบ Case Management ที่ช่วยเหลือด้านการเดินทางและความต้องการพื้นฐานอื่นๆ ซึ่งเป็นการจัดการกับอุปสรรคสำคัญที่มักทำให้ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ (Low SES) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน (Zemore et al., 2022)

นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวพบว่าเป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ($\beta = .31, p = .007$) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่เน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวในการฟื้นตัวจากปัญหาสารเสพติด (Laudet, 2006; McGovern et al., 2014) การมีกิจกรรมกลุ่มครอบครัวในโปรแกรม ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจกระบวนการฟื้นตัว ลดความขัดแย้ง และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ

เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นการเสริมสร้าง "ทุนทางสังคม" (Social Capital) ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย (Best & Lubman, 2019)

ผลกระทบของอายุต่อความสามารถทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลลบต่อความสามารถทางสังคม ($\beta = -.23, p = .013$) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความท้าทายเฉพาะของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (Aging Population with Substance Use Disorder) ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีโรคประจำตัวร่วม (Comorbidity) ที่ซับซ้อน ระยะเวลาการใช้สารที่ยาวนานกว่าทำให้มีอาการทางสมอง (Neurocognitive Impairment) หรือมีความยืดหยุ่น (Plasticity) ในการเรียนรู้ทักษะสังคมใหม่ๆ ลดลง (Wu & Blazer, 2014) นอกจากนี้ ความคาดหวังทางสังคมและบทบาทของผู้สูงอายุในวัฒนธรรมไทยอาจทำให้การปรับตัวและหางานทำหลังบำบัดเป็นเรื่องยากยิ่งขึ้น (อายุเฉลี่ยในการศึกษาครั้งนี้คือ 34.5 ปี แต่มีช่วงกว้าง 19-58 ปี) ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบกิจกรรมหรือการสนับสนุนเพิ่มเติมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยอายุมากในโปรแกรมฟื้นฟูในอนาคตก

อัตราการกลับไปใช้สารซ้ำ (Relapse Rate) ที่ต่ำ

อัตราการกลับไปใช้สารซ้ำที่ 14.5% ในการศึกษาครั้งนี้ถือว่าต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความสำเร็จที่กำหนดไว้ ($\leq 30\%$) และอัตรา relapse โดยทั่วไปที่อาจสูงถึง 40-60% ภายใน 6 เดือนหลังการรักษา (McLellan et al., 2000) อัตราที่ต่ำนี้ น่าจะเป็นผลลัพธ์โดยตรงขององค์ประกอบโปรแกรมที่เน้นการป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำ (Relapse Prevention) ซึ่งเป็นแกนหลักของ CBT ที่ใช้ และการมีทักษะชีวิตที่ดีขึ้นจากการฝึกฝน (Life Skills Training) นอกจากนี้ อัตราการคงอยู่ในโปรแกรมที่สูงมาก (91.7%) ยังหมายความว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ "ขนาดยา" (Dose) ของการบำบัดที่เพียงพอ ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีกว่าเสมอ (Simpson, 2012) การเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage) และการสนับสนุนจากครอบครัวก็เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญ โดยสร้างเครือข่ายความปลอดภัย (Safety Net) ให้ผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงวิกฤตได้ (Laudet, 2006)

ความสอดคล้องและความแตกต่างกับบริบทการวิจัยอื่น

ผลลัพธ์ในการศึกษาครั้งนี้ที่แสดงถึงประสิทธิภาพสูงของโปรแกรม IC สอดคล้องกับหลักฐานในต่างประเทศที่พบว่า intermediate care หรือ step-down care ช่วยเพิ่มการทำงาน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Shepperd et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จด้าน retention ที่สูงเป็นพิเศษ (91.7%) ในการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นลักษณะเฉพาะของบริบทไทย ซึ่งโปรแกรมนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) ที่มีขนาดไม่ใหญ่จนเกินไป ส่งผลให้การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายและต่อเนื่อง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่วรรณกรรมยืนยันว่าช่วยเพิ่ม retention (Ducharme et al., 2021) ขณะเดียวกันก็อาจสะท้อนถึงความร่วมมือที่ดีของผู้เข้าร่วมที่มาจากกระบวนการคัดกรองและให้ข้อมูลโดยสมัครใจ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการบังคับรักษา (Compulsory Treatment) บางรูปแบบที่อาจให้ผลลัพธ์ระยะยาวที่ไม่ยั่งยืน (Werbeloff et al., 2016) ดังนั้น โมเดลการมี

ส่วนร่วมโดยสมัครใจและเน้นการสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ที่การศึกษาครั้งนี้ใช้ จึงน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความสำเร็จ

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม Intermediate Care ที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) และอิงตามทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม มีประสิทธิผลสูงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนไทย โปรแกรมนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความสามารถทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีขนาดอิทธิพลสูงเท่านั้น แต่ยังสามารถรักษาอัตราการคงอยู่ในโปรแกรมได้สูงเป็นพิเศษและป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำได้สำเร็จ ปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่นและตอบสนองความต้องการจากการศึกษานำร่อง การจัดการอุปสรรคเชิงปฏิบัติ และการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเข้มข้น ผลลัพธ์จากการศึกษานี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบาย นักบริหารสาธารณสุข และผู้ให้บริการ ในการผลักดันและขยายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับกลางที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับบริบท และเน้นการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวที่ยั่งยืน ลดวงจรของการติดซ้ำ และลดภาระทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมจากปัญหาสารเสพติดของประเทศไทยในท้ายที่สุด

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ 1) การออกแบบวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ซึ่งขาดกลุ่มควบคุม ทำให้ยากที่จะตัดผลกระทบจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ผลของการได้รับความสนใจ (Attention Effect) หรือการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา (Maturation) ออกไปได้อย่างหมดจด 2) ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก (n=60) และมาจากสถานที่เดียว ทำให้การสรุปผล (Generalizability) ไปยังประชากรกลุ่มอื่นหรือโรงพยาบาลอื่นอาจมีข้อจำกัด 3) การประเมินผลบางส่วน โดยเฉพาะการกลับไปใช้สารซ้ำ อาศัยการรายงานด้วยตนเอง (Self-report) เป็นหลัก ซึ่งอาจมีอคติจากการประเมินเกินหรือประเมินต่ำ (Recall Bias หรือ Social Desirability Bias) 4) ระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน อาจยังไม่ยาวพอที่จะประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และการป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ขยายผลโปรแกรม กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณานำโปรแกรม Intermediate Care ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ไปประยุกต์ใช้และประเมินผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ทั่วประเทศ โดยมีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นระบบเพื่อรักษาความถูกต้องของโปรแกรม (Program Fidelity) และสามารถปรับบริบทให้เหมาะกับพื้นที่ได้



2. **บูรณาการเทคโนโลยี** เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ในโปรแกรม โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือในช่วงสถานการณ์พิเศษ ควรศึกษาความเป็นไปได้และประสิทธิผลของการใช้ telehealth (เช่น การให้คำปรึกษาทางวิดีโอคอล) สำหรับการติดตามดูแลหลังโปรแกรม (Aftercare) หรือการให้บริการบางส่วน เพื่อลดอุปสรรคเชิงปฏิบัติ
3. **เสริมสร้างการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน:** ควรออกนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการฟื้นฟูอย่างจริงจัง เช่น จัดโปรแกรม psychoeducation สำหรับครอบครัว สร้างเครือข่ายผู้ปกครอง และรณรงค์ลดตราบาป (Stigma) เกี่ยวกับการติดสารเสพติดในชุมชน
4. **สนับสนุนงบประมาณ** รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอสำหรับการจัดบริการ Intermediate Care และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอื่นๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นทางเลือกที่ยั่งยืนและมีมนุษยธรรม แทนที่การบังคับรักษาในรูปแบบที่อาจไม่ได้ผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ดำเนินการวิจัยแบบทดลองสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) ด้วยขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและในหลายศูนย์ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม Intermediate Care เปรียบเทียบกับบริการมาตรฐานหรือรูปแบบการดูแลอื่นๆ
2. ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมในระยะยาว (Long-term Follow-up) เช่น 1 ปี หรือ 2 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการฟื้นตัว ความสามารถทางสังคม และอัตราการกลับไปใช้สารซ้ำ
3. ศึกษาประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) ของโปรแกรม Intermediate Care โดยเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงเศรษฐศาสตร์สำหรับการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรของประเทศ
4. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในโปรแกรม (Retention) อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรย่อยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหลุดออก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้หญิงที่มีลูกอ่อน ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตร่วมซับซ้อน (Dual Diagnosis) โดยอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และอุปสรรคจากมุมมองของผู้ป่วยเอง
5. สำรวจการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการสนับสนุนการดูแล เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อติดตามอาการ กระตุ้นการมีส่วนร่วม หรือใช้ predictive analytics เพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหลุดออกหรือกลับไปใช้สารซ้ำตั้งแต่เนิ่นๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.

กรมการแพทย์. (2564). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบบริการสุขภาพ*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทยปี 2564*. ปปส.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปีเข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567. จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9504>

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม (2566). รวมกฎหมายยาเสพติดพร้อมด้วยกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.

อัศรพล ศุรุศาสตรา. (2562). การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด: แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(2), 3-12.

Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2021). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,9,CD007491. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007491.pub2>

Simpson, D. D. (2012). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 99–121. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.08.001>

